ITEM 280 : CONSTIPATION

Constipation = selles **< 3/semaine** et/ou difficulté pour exonérer, chronique si **> 6 mois** (critère de ROME)
/!\ L'émission de selles liquides n'élimine pas une constipation = **fausse diarrhée** +++
- Prévalence = 15-20% de la population générale, prédominance féminine

Etiologies

Constipation occasionnelle

= Constipation apparue brutalement, dans des circonstances particulières : **derniers mois de grossesse, alitement, voyage**…

CONSTIPATION SECONDAIRE

= **Cause organique** : à évoquer devant toute constipation récente ou récemment aggravée

Obstruction mécanique	- **Cancer colorectal +++** - **Compression extrinsèque** : tumorale (bénigne ou maligne), adhérence (post-chirurgicale) - **Sténose colique non tumorale** : diverticule, colite ischémique, MICI - **Sténose anale**
Métabolique ou générale	- Métabolique : **diabète, hypothyroïdie, hypercalcémie, hypomagnésémie** - Systémique : **amylose, sclérodermie**
Maladie neurologique	- **Maladie de Parkinson** - **AVC** - **Traumatisme médullaire** - **Tumeur médullaire** - **SEP** - **Syndrome de Shy-Drager** (AMS)
Iatrogène	- Analgésique : opiacé, dextropropoxyphène - Vincristine - Anticholinergique - Furosémide - ADP tricyclique, ISRS, antipsychotique - Colestyramine - Anticonvulsif : carbamazépine - Fer…

CONSTIPATION IDIOPATHIQUE

= **Constipation fonctionnelle** ou **constipation maladie** ou **idiopathique** : ralentissement du transit et/ou dyschésie
➙ En cas d'obstruction distale sans ralentissement du transit, la fréquence des selles peut être normale

Transit colique ralenti		- **Hypomotricité** (**côlon atone**) : ↘ amplitude et fréquence des contractions coliques de grande amplitude le long du cadre colique - **Hyperactivité** : ↗ des contractions segmentaires dans la région sigmoïdienne = freine la progression des matières, souvent associé à des douleurs abdominales (intestin irritable) - **FDR** : manque d'activité physique, déficit en fibres alimentaires, facteurs psychologiques (abus sexuel/physique)
Dyschésie = troubles de l'évacuation rectale	Dysfonctionnement sphinctérien	- **Dyssynergie anorectale** : défaut d'ouverture du canal anal lors de la poussée exonératrice
	Troubles de la statique pelvienne postérieure	- **Rectocèle** = hernie à travers la partie basse de la cloison recto-vaginale : exonération facilitée par manœuvre digitale endovaginale - **Procidence rectale interne** = intussusception ou prolapsus interne : invagination de la paroi rectale dans le canal anal à la poussée - **Syndrome du périnée descendant** : descente anormale de l'angle anorectal au-dessous de la ligne pubo-coccygienne
	Troubles de la sensation de besoin	- **Hypo-sensibilité rectale** : syndrome de la queue de cheval - **Méga-rectum** (cause fréquente chez le sujet âgé)

Diagnostic

SF	- Eléments évocateurs de **constipation de transit** : < 3 selles/semaine et/ou selles dures (Echelle de BRISTOL) - Eléments évocateurs de **constipation distale d'évacuation** : efforts de poussée, sensation de gêne, évacuation incomplète, temps d'exonération prolongé, nécessite de manœuvres digitales, absence de besoin
SC	- **Examen proctologique** (**au repos** et **lors d'effort de poussée**) et du **périnée postérieur** : **fissure, béance anale, prolapsus rectal, colpocèle, rectocèle, souillures anales** - **Examen neurologique** si suspicion de cause neurologique : **réflexe anal** (contraction sphinctérienne à l'effleurement de la région périnéale ou des efforts de toux), **déficit sensitif périnéal** - **TR** : présence et consistance de selles dans l'ampoule rectale (fécalome), sang, tumeur, douleur localisée, relaxation des muscles du plancher pelvien ou contraction paradoxale du sphincter lors des efforts de poussée
BB	➙ Indiqué si constipation persistante, non réponse au traitement, suspicion de cause organique, signe d'alarme - Bilan standard : **glycémie, calcémie, créatinine, TSH, NFS, CRP** ± autre selon orientation

	Morphologie colique		= Recherche de cause organique, notamment d'une lésion sténosante colique - **Coloscopie totale** : si symptômes apparus **> 50 ans**, suspicion de cause organique, signe d'alarme (émission glaireuse/sanglante, AEG, anémie, méléna/rectorragie) ou ATCD familial au 1er degré de CCR - **Colo-scanner** ou **lavement avec produit de contraste :** si CI à la coloscopie ou colo incomplète
Exploration d'une constipation idiopathique	**1ère intention**	- **Indication** : malade non amélioré par les fibres et/ou les laxatifs, en l'absence de cause identifiable	
		Temps de transit colique des marqueurs radio-opaques	= ASP après avoir ingestion de marqueurs radio-opaques (10-12/j) pendant 6 jours - **Calcul du temps de transit total** (normal = **67h**) et **segmentaire** - **Constipation de progression** : marqueurs stagnant dans le côlon - **Constipation distale** : marqueurs stagnant au niveau du recto-sigmoïde
		Manométrie anorectale	= **Mesure au repos** (distension rectale par ballonnet) et **lors d'effort de poussée**
	2e int	**- IRM pelvienne dynamique** ou **rectographie dynamique** (**défécographie** : opacification baryté du rectum) : visualise les troubles de la statique, des déplacements des viscères et la contraction des muscles pelviens **- Manométrie colique des 24h** (exceptionnel) : en cas de suspicion d'inertie colique	
	Résultat	- **Constipation de transit** : temps de transit colique ralenti avec manométrie anorectale normale - **Constipation distale** : trouble de l'évacuation rectale avec ralentissement segmentaire recto-sigmoïdien ➙ rechercher une **procidence rectale intra-anale** (manométrie anorectale, rectographie dynamique, rectoscopie avec effort de poussée)	
		Si temps de transit normal	- **Trouble de la motricité anorectale** et/ou **de la statique rectale** sans retentissement colique ➙ **manométrie anorectale** et **défécographie** très utiles - **Fausse constipation** : **cause psychologique** (diagnostic d'élimination)
Prise en charge	**Constipation idiopathique** : ttt de 1ère intention initié selon la clinique ➙ exploration/autre ttt en 2nd intention ➙ En cas de **constipation distale** : supprimer les efforts de poussée pour éviter l'apparition d'un syndrome du périnée descendant qui expose à une **incontinence anale** (par étirement des nerfs pudendaux)		
	RHD	**- Correction d'un déficit de la ration alimentaire en fibres** = ↗ fréquence des selles, améliore la consistance et ↘ la consommation de laxatifs (avec un délai d'action plus long) : ↗ progressive de la quantité de fibre sur 8 à 10 jours en 2 prises/jours (pour éviter le ballonnement) jusqu'à **15 à 30 g/L** - ↗ Ration hydrique est inutile, ne modifie pas la fréquence et la consistance des selles - ↗ Activité physique (sans bénéfice démontré)	
	LAXATIF	**Laxatif osmotique**	**- Macrogol** (Forlax®, Movicol®, Transipeg®) : **hydratant** ➙ fixation de molécules d'eau - **Sucre non absorbable** : lactulose, lactilol, mannitol, sorbitol, pentaérythritol (ballonnement) **- Hydroxyde de magnésium** : effet **osmotique** + **stimulant** sur la motricité
		Laxatif de lest	**- Mucilage :** formation d'un ballast retenant l'eau dans la lumière
		Laxatif émollient	**- Huile de paraffine** : lubrification du bol fécal
		Laxatif stimulant	= **Anthracénique, bisacodyl, docusate, picosulfate de sodium, huile de ricin** - Stimulation de la motricité colique, en cas de **constipation du transit** ➙ EI au long terme : à réserver au sujet âgé ou en cas de constipation réfractaire, sur de **courtes périodes et sous surveillance médicale**
		Laxatif rectale	**- Suppositoire, lavement** : déclenchement d'un besoin exonérateur
	Colo-kinétique		= **Prucalopride** : agoniste réc 5-HT4 sérotoninergiques ➙ si échec des laxatifs de 1ère intention - Efficacité démontré sur la fréquence des selles et sur les troubles digestifs
	Stratégie thérapeutique		- **En 1ère intention : RHD (fibres) + laxatifs osmotiques** - En cas d'échec : - Exploration par un **temps de transit des marqueurs** et une **manométrie** - Constipation de transit ➙ **traitement laxatif adapté** - Constipation distale ➙ **rééducation** + **laxatif par voie rectale** **- Rééducation périnéale** (biofeedback) proposée surtout en cas de dysynergie anorectale : 3 à 10 séances, renforcées par des séances d'entretien et la pratique régulière d'exercices
	Prise en charge psy		= Recommandée en cas de troubles psy ou notion de maltraitance physique ou d'abus sexuel
	Traitement chirurgical		- Traitement d'un **rectocèle** ou d'un **prolapsus rectal** si échec des traitements médicaux - **Colectomie subtotale avec anastomose iléo-rectale** ou **irrigations antérogrades par mini-stomie du côlon proximal** : exceptionnelle, indiquée si inertie colique résistante à tout ttt
	Constipation induite par les opiacés		En cas de symptômes rebelles aux ttt habituels : **Naloxegol** (per os), **Méthylnatrexone** (sous-cutanée) sont efficaces